

# Juridische aspecten van het Integraal Zorg Akkoord

Advies aan de  
Landelijke Huisartsen Vereniging

2 december 2022

Joris Rijken en Marlou Jannink – advocaten

## I Samenvatting

Het ministerie van VWS en een groot aantal andere partijen hebben het Integraal Zorgakkoord ('IZA') gesloten. De Landelijke Huisartsen Vereniging ('LHV') heeft vooralsnog niet getekend.

Het IZA is te kwalificeren als een overeenkomst. In beginsel heeft een overeenkomst alleen werking tussen degene die partij zijn bij die overeenkomst, zoals de branchevereniging Zorgverzekeraars Nederland ('ZN') en de LHV als zij besluit tot ondertekening.

Dat roept de vraag op of individuele zorgverzekeraars en individuele zorgaanbieders gebonden zijn aan het IZA. Daarvoor is van belang dat een vereniging – zoals ZN en de LHV – alleen ten laste van haar leden verplichtingen kan aangaan, voor zover dit in de statuten uitdrukkelijk is bepaald. De statuten van zowel ZN als de LHV bieden deze mogelijkheid niet. In beginsel is een door ZN en LHV ondertekend akkoord dat plichten voor zorgverzekeraars en huisartsen bevat daardoor niet bindend voor de achterban.

Toch zijn wij van oordeel dat de individuele zorgverzekeraars gebonden zijn aan het IZA. Dat komt doordat zij bij de andere partijen het gerechtvaardigde vertrouwen hebben gewekt het IZA te zullen uitvoeren en zij ook allen expliciet hebben ingestemd hebben met het IZA. Dat geldt niet voor de achterban van de LHV, die bestaat uit duizenden individuele huisartsen. Onze conclusie is dan ook dat individuele zorgverzekeraars gehouden zijn om de in het IZA neergelegde afspraken na te leven, terwijl individuele huisartsen daar niet op aangesproken kunnen worden.

Voorts is van belang dat de LHV wel de bevoegdheid heeft om ten behoeve van haar leden rechten te bedingen. Dat maakt dat bij de LHV aangesloten huisartsen nakoming kunnen vorderen van de afspraken uit het IZA. Ook de LHV kan dat doen.

De volgende vraag is of de afspraken uit het IZA voldoende concreet zijn om naleving af te dwingen. Daarbij is het van belang onderscheid te maken tussen inspanningsverplichtingen en resultaatverplichtingen. Het merendeel van het IZA bestaat uit inspanningsverplichtingen. Dit zijn afspraken waarbij een partij een bepaalde inspanning van de ander mag verwachten, maar waarbij het uitblijven van resultaat niet resulteert in een tekortkoming van de wederpartij.

Bij een resultaatverplichting mag daadwerkelijk een bepaald resultaat verwacht worden. Dergelijke verplichtingen lenen zich in de regel gemakkelijker voor een nakomingsvordering, omdat het uitblijven van een resultaat gemakkelijker aan te tonen is dan het uitblijven van een inspanning.

In het advies hebben wij uiteengezet in hoeverre de LHV de in het IZA gemaakte afspraken op voor haar belangrijke onderwerpen kan afdwingen. Zo bevat het IZA diverse resultaatverbintenissen op het terrein van MTVP en ANW-zorg.

Ook hebben wij aandacht gegeven aan de gevolgen van niet-tekenen van het IZA door de LHV. Het gevolg daarvan is dat de LHV de gemaakte afspraken uit het IZA niet kan afdwingen. Het gaat dan bijvoorbeeld om de verplichting voor zorgverzekeraars om aan elke huisarts MTVP in de contractering aan te bieden of het volledig vertalen van de OVA in de tarieven en contractering. De LHV kan dan voorts geen aanspraak maken op de investerings- en transitie-middelen. Deze zijn immers expliciet bedoeld voor de partijen 'die meedoen' met het IZA.

Anderzijds betekent 'niet-tekenen' niet per definitie dat punten uit het IZA die de LHV dan wel de individuele huisartsen wellicht niet bevallen, ook geheel van tafel zijn. Zo geldt voor diverse IZA afspraken dat VWS of zorgverzekeraars die ook op een andere wijze kunnen bereiken – denk aan het opnemen van voorwaarden in de contractering bij huisartsen met betrekking tot de doorverwijzing naar GGZ.

Daar staat tegenover dat de LHV bij niet-tekenen wellicht kan profiteren van de uitvoering van het IZA door andere partijen, zonder dat zij zelf gebonden is aan het IZA. Denk bijvoorbeeld aan de toegezegde middelen door VWS voor hulpmiddelen zoals thuisarts.nl – het doel daarvan is immers om met dergelijke hulpmiddelen onnodige beroepen op de eerstelijns zorg te voorkomen, waar naast de huisartsen ook VWS baat bij heeft.

Tot slot gaat dit advies in op mogelijke risico's van het IZA, zoals gesignaleerd door De Bevlogen Huisartsen.

In de eerste plaats gaat dat om de overheveling van budget van de huisartsensector naar andere sectoren. Naar onze mening zorgt het IZA op dit punt niet voor een verslechtering van de positie van de huisartsen. Zonder het IZA had de minister ook de bevoegdheid gehad de macrokaders voor toekomstige jaren aan te passen op basis van nieuwe inzichten.

In de tweede plaats gaat het over de 'omkering van de bewijslast': contractspartijen moeten aantonen dat zij zich ingespannen hebben om de beoogde transitie zoals opgenomen in het IZA te bewerkstelligen. Dit wijkt af van de gewone situatie in het burgerlijk procesrecht. Een nuancering is dat het hoe dan ook vaak zal gaan om informatie die in handen is van de partij die de inspanning moet leveren. In dat geval zal de rechter ook zonder deze afspraak vaak een 'verzwaaarde motiveringsplicht' aan deze partij opleggen.

In de derde plaats gaat dat om het terugdringen van wachtlijsten in de ggz. Het IZA kent huisartsen nieuwe taken toe bij verwijzingen naar de ggz. Daar staat tegenover dat het IZA beoogt dat de verantwoordelijkheid voor een verwezen patiënt sneller dan nu overgaat van de huisarts naar een aanbieder van ggz. Hier valt op dat de nieuwe taken van de huisarts duidelijk zijn geformuleerd, terwijl de versnelde overname van de wachtende patiënten als een 'streven' is geformuleerd.

In de vierde plaats gaat dat over geschilbeslechting. De huidige governancestructuur en bestuurlijke escalatieladder van het IZA zijn weinig overzichtelijk. Zij staan enkel open voor de contractspartijen en dus niet voor individuele huisartsen. Dit betekent naar onze mening echter niet dat het IZA – na een eventuele ondertekening door de LHV – uitsluit dat de LHV of individuele huisartsen bij de rechter een beroep op het IZA doen.

## II Inleiding

De LHV heeft ons verzocht een aantal juridische vragen te beantwoorden in relatie tot het IZA. Dat doen wij in dit advies.

Het advies bestaat uit vier delen. Het eerste deel (par. III) gaat in op de vraag van de juridische status is van het Integraal Zorgakkoord ('**IZA**'): is het een overeenkomst, wie zijn er aan gebonden, wie kunnen zich op het IZA beroepen en zijn de afspraken afdwingbaar?

Het tweede deel (par. IV) gaat allereerst in op de vraag hoe de LHV naleving kan bewerkstelligen ten aanzien van de onderwerpen in het IZA die zij belangrijk acht. Voor de onderwerpen die de LHV belangrijk acht wordt uitgegaan van de negen wensen van de LHV uit de notitie *Met de vuist op tafel: behoud de huisartsenzorg!* Het gaat om de volgende punten:

- a. meer tijd voor de patiënt en meer tijd voor de zorgverlener,
- b. begrenzen van het aanbod huisartsenzorg,
- c. anderen moeten hun eigen taken oppakken,
- d. avond-, nacht- en weekeindezorg,
- e. minder controles en verantwoordelijkheden,
- f. organisatie en infrastructuur,
- g. herijken bekostiging,
- h. digitalisering en
- i. huisvesting.

In het derde deel van het advies (par. V) wordt de vraag beantwoord wat de positie is van de LHV dan wel huisartsen op deze punten als de LHV het IZA in december niet tekent.

Het vierde deel (par.

Het vierde deel (par. VI) behandelt tot slot vier onderwerpen waar *De Bevlogen Huisartsen* eerder haar zorgen over heeft geuit. Het gaat dan over het risico van het overhevelen van budget naar andere sectoren, de 'omkering van de bewijslast' met betrekking tot het bewijs dat een partij zich voldoende heeft ingespannen om de afspraken uit het IZA na te komen, het terugdringen van de wachtlijsten in de ggz en geschilbeslechting.

Dit advies bevat een juridische beoordeling. Wij kunnen de afspraken in het IZA niet op hun zorginhoudelijke merites beoordelen. Het advies bevat geen aanbeveling aan de LHV over het wel of niet ondertekenen van het IZA. Die beslissing vraagt een bredere beoordeling, die aan de LHV zelf is.

### III De juridische status van het Integraal Zorgakkoord

#### III.1 Is het IZA een overeenkomst?

Op door de centrale overheid te sluiten convenanten is de Vaststellingsregeling Aanwijzingen voor convenanten 2003 ('**Vaststellingsregeling**') van toepassing. Het IZA, met het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport ('**VWS**') als een van de partijen, is te kwalificeren als een convenant in de zin van deze Vaststellingsregeling.

Uit de Vaststellingsregeling volgt dat de in convenanten neergelegde afspraken altijd bindend zijn.<sup>1</sup> Als de partijen bij het convenant beogen om niet afdwingbare rechten en verplichtingen in het leven te roepen, dan moet dit uitdrukkelijk in het convenant bepaald worden.<sup>2</sup> Daarvan is in het IZA geen sprake.

Uit de omstandigheid dat het IZA deels beleidsmatige afspraken bevat, kan dus niet de conclusie worden getrokken dat het akkoord reeds daarom niet afdwingbaar is. Ook uit jurisprudentie volgt voorts dat dergelijke akkoorden nageleefd moet worden. Dat geldt zelfs voor afspraken die opgesteld zijn tijdens een 'voeten-op-de-tafelgesprek', waarbij geen specifiek onderzoek of doorrekening van de afspraken heeft plaatsgevonden.<sup>3</sup>

#### III.2 Zijn zorgverzekeraars gebonden aan het IZA?

Een tweede belangrijke vraag is of zorgverzekeraars gebonden zijn aan de afspraken uit het IZA. Naar ons oordeel is dat het geval. Dat zit als volgt.

Een vereniging zoals ZN kan alleen ten laste van haar leden verplichtingen aangaan, voor zover dit in de statuten uitdrukkelijk is bepaald.<sup>4</sup>

In de statuten van ZN is geen expliciete bepaling opgenomen waaruit volgt dat zij ten laste van haar leden verplichtingen kan aangaan. In beginsel is een door ZN ondertekend akkoord dat plichten voor zorgverzekeraars bevat daardoor niet bindend voor de zorgverzekeraars.

De zorgverzekeraars hebben echter bij de contractspartijen alsmede bij de LHV en hun leden het vertrouwen gewekt dat zij uitvoering aan het IZA zullen geven. Op grond van dit gewekte vertrouwen zijn de zorgverzekeraars gebonden aan het IZA.

Voor het vertrouwen is in de eerste plaats van belang dat hoofdlijnenakkoorden de laatste jaren een grote rol spelen bij de ordening van de zorg.<sup>5</sup> Als deze akkoorden niet juridisch afdwingbaar zijn, wordt daarmee de bodem onder dit instrument weg geslagen.<sup>6</sup>

---

<sup>1</sup> Toelichting bij artikel 7 lid 1 en 2 en toelichting bij artikel 15 lid 1 Vaststellingsregeling.

<sup>2</sup> Artikel 15 lid 1 Vaststellingsregeling en de toelichting bij artikel 15 lid 1 Vaststellingsregeling.

<sup>3</sup> Rechtbank 's-Gravenhage 28 december 2010, ECLI:NL:RBSGR:2010:BO9038, r.o. 3.10.

<sup>4</sup> Artikel 2:46 BW.

<sup>5</sup> Zie onder meer het regeerakkoord 'vertrouwen in de toekomst' 2017-2021, waar de regeringspartijen inzetten op hoofdlijnenakkoorden.

<sup>6</sup> Zie over de afdwingbaarheid van dit soort akkoorden bijv. Gerechtshof Den Haag 21 februari 2012, ECLI:NL:GHSGR:2012:BV6940 (Actiz/Staat).

In de tweede plaats zijn de zorgverzekeraars nauw betrokken geweest bij de totstandkoming van het IZA. Zo hebben bestuursleden en afgevaardigden van zorgverzekeraars direct aan de onderhandelingstafel gezeten, via de band van het ZN-bestuur of anderszins.

In de derde plaats heeft ZN het onderhandelaarsakkoord voorgelegd aan haar achterban, die bestaat uit elf leden. Pas na expliciet akkoord van haar achterban heeft ZN het IZA getekend.

Tot slot geldt dat diverse zorgverzekeraars expliciet hebben aangegeven dat zij achter het IZA staan en de daaruit volgende verantwoordelijkheid op zich nemen, bijvoorbeeld op hun website.<sup>7</sup>

### III.3 Zijn individuele huisartsen na ondertekening door de LHV gebonden aan het IZA?

De logische vervolgvraag is of ook op individuele huisartsen verplichtingen komen te rusten na ondertekening door de LHV.

In de statuten van de LHV is geen expliciete bepaling opgenomen waaruit volgt dat de LHV bevoegd is om via een overeenkomst met derden aan haar leden verplichtingen op te leggen. Dat brengt mee dat een door de LHV ondertekend akkoord dat plichten in het leven roept voor individuele huisartsen, niet door zorgverzekeraars tegen individuele huisartsen op grond van het IZA afgedwongen kan worden.<sup>8</sup>

Hieróór hebben wij uiteengezet dat gerechtvaardigd vertrouwen ervoor zorgt dat individuele zorgverzekeraars toch gebonden zijn aan het IZA. Naar onze inschatting zal van die situatie bij individuele huisartsen niet snel sprake zijn. De reden daarvoor is dat de achterban van de LHV – anders dan die van ZN – bestaat uit duizenden huisartsen.

### III.4 Kunnen individuele huisartsen een beroep doen op nakoming van het IZA?

Een volgende vraag is of individuele huisartsen de (individuele) zorgverzekeraars tot nakoming van gemaakte afspraken kunnen dwingen. Een mogelijke verdedigingslinie van de zorgverzekeraars is namelijk de stelling dat omdat de individuele zorgaanbieders geen partij zijn bij het IZA, zij daarvan ook geen nakoming kunnen eisen.

Anders dan bij het aangaan van verplichtingen geldt dat echter een vereniging, voor zover uit de statuten niet anders voortvloeit, ten behoeve van haar leden rechten kan bedingen. De leden kunnen vervolgens nakoming van deze bedongen rechten eisen.<sup>9</sup>

De statuten van de LHV bevatten geen beperkingen wat betreft het bedingen van rechten ten behoeve van haar leden: het is juist uitdrukkelijk toegestaan. Dat maakt dat bij de LHV aangesloten huisartsen nakoming kunnen vorderen van de afspraken uit het IZA.<sup>10</sup>

<sup>7</sup> Zie bijvoorbeeld: [Coöperatie VGZ ondertekent Integraal Zorgakkoord IZA \(cooperatievgz.nl\)](https://www.cooperatievgz.nl) en [Integraal Zorgakkoord ondertekend door zorgverzekeraars \(menzis.nl\)](https://www.integraalzorgakkoord.nl) en [https://www.linkedin.com/posts/cz\\_zuyderland-en-cz-werken-in-een-duurzame-coalitie-activity-6985850944630497281-3Ugq?utm\\_source=share&utm\\_medium=member\\_desktop](https://www.linkedin.com/posts/cz_zuyderland-en-cz-werken-in-een-duurzame-coalitie-activity-6985850944630497281-3Ugq?utm_source=share&utm_medium=member_desktop)

<sup>8</sup> Niettemin is het voorstelbaar dat zorgverzekeraars de afspraken uit het IZA bijvoorbeeld zullen vertalen naar afspraken in de individuele overeenkomsten die zorgverzekeraars met huisartsen sluiten.

<sup>9</sup> Artikel 2:46 BW.

<sup>10</sup> In het verleden bevatte het inkoopbeleid van zorgverzekeraars ook verwijzingen naar gesloten hoofdlijnenakkoorden. Ook dat kan uiteraard een route vormen voor individuele huisartsen om nakoming van afspraken uit het IZA af te dwingen.

### III.5 Kan de LHV een beroep doen op nakoming van het IZA?

Ook de LHV kan – zo nodig – juridisch optreden tegen een niet nakoming aan de zijde van de zorgverzekeraars.

Een vereniging kan namelijk bij de rechtbank een rechtsvordering instellen die strekt tot bescherming van gelijksoortige belangen van andere personen, voor zover uit de statuten blijkt dat de vereniging deze belangen behartigt ('collectieve actie').<sup>11</sup> Voor een collectieve actie is vereist dat de vereniging eerst heeft geprobeerd het gevorderde door middel van overleg met de tegenpartij te bereiken.<sup>12</sup>

Voorts kan een vereniging nakoming vorderen van rechten die zij ten behoeve van haar leden heeft bedongen.<sup>13</sup>

### III.6 Is de NZa gebonden aan het IZA?

In het IZA staan diverse afspraken die door de NZa uitgevoerd en nagekomen moeten worden. De NZa is echter geen partij bij het IZA – dat geldt overigens ook voor het Zorginstituut. Vanuit de centrale overheid is alleen VWS partij. Uit de aanbiedingsbrief van de minister blijkt overigens wel dat zowel de NZa als het Zorginstituut bij de totstandkoming van het akkoord nauw betrokken zijn geweest.<sup>14</sup>

In dit kader is van belang dat VWS zogenoemde 'bevoegdhedenovereenkomsten' kan sluiten. Een bevoegdhedenovereenkomst is een overeenkomst waarin de overheid – hier VWS – afspraken maakt met andere partijen over de wijze waarop zij gebruik zal maken van haar publiekrechtelijke bevoegdheden.

Ons inziens is het IZA te kwalificeren als een dergelijke bevoegdhedenovereenkomst. Als de NZa niet uit zichzelf haar verplichtingen uit het IZA nakomt, kan VWS hierop aangesproken worden. VWS heeft vervolgens op grond van artikel 7 van de Wet marktordening gezondheidszorg ruime bevoegdheden om aan de NZa aanwijzingen te geven, bijvoorbeeld op het terrein van tarieven.

Bij niet-nakoming van de NZa, is VWS dus in beginsel de partij die de LHV zal moeten aanspreken. Het hangt daarbij af van het precieze geschil of de LHV bij een gang naar de rechter zich tot de civiele rechter of bestuursrechter moet wenden.

### III.7 Zijn de relevante afspraken afdwingbaar?

Vervolgens komt de vraag aan de orde of de afspraken uit het IZA voldoende concreet zijn om naleving af te dwingen.<sup>15</sup> Daarbij is het van belang onderscheid te maken tussen

---

<sup>11</sup> Artikel 3:305a lid 1 BW.

<sup>12</sup> Artikel 3:305a lid 2 BW.

<sup>13</sup> Artikel 2:46 BW, tweede volzin.

<sup>14</sup> Kamerstukken II 2022-2023, 31765, nr. 655, p. 1.

<sup>15</sup> De afspraak uit de BA dat partijen in overleg kunnen treden over kader- of tariefkortingen als het makro-kader wordt overschreden, achten wij bijvoorbeeld onvoldoende concreet om medewerking van een zorgaanbieder af te dwingen om in te stemmen met zo'n kader- of tariefkorting.

inspanningsverplichtingen en resultaatverplichtingen. Het merendeel van het IZA bestaat uit inspanningsverplichtingen.

Bij een inspanningsverplichting mag een bepaalde inspanning van een partij worden verwacht, maar resulteert het uitblijven van resultaat niet in een aanspraak van de wederpartij. Een voorbeeld van een inspanningsverplichting uit het IZA: *“Zorgverzekeraars en zorgaanbieders zetten zich gezamenlijk in om het inkoopproces vóór 12 november af te ronden en om meer inzicht te geven in de kwaliteit van de geleverde zorg.”*

Bij een resultaatverplichting mag daadwerkelijk een bepaald resultaat verwacht worden. Dergelijke verplichtingen lenen zich in de regel gemakkelijker voor een nakomingsvordering, omdat het uitblijven van een resultaat gemakkelijker aan te tonen is dan het uitblijven van een inspanning. Een voorbeeld van een resultaatverplichting uit het IZA: *“Om werkgevers in staat te stellen marktconforme arbeidsvoorwaardenontwikkeling binnen cao’s af te spreken, spreken partijen af dat zorgverzekeraars de OVA (overheidsbijdrage in de arbeidskostenontwikkeling) volledig - en zonder korting – doorvertalen in de prijzen en contracten. Generieke doelmatigheidskortingen op deze middelen zijn daarbij niet aan de orde.”*

Daarbij is van belang dat de individuele huisartsen niet bij het opstellen van het IZA betrokken zijn geweest. Dat maakt dat de letterlijke tekst van de afspraken in het IZA, gelezen in het licht van de gehele overeenkomst, in beginsel van doorslaggevende betekenis is. Juist omdat de individuele huisartsen niet bij de totstandkoming van het IZA betrokken zijn geweest, kan uitleg van de bepalingen alleen plaatsvinden op basis van de naar objectieve maatstaven kenbare bedoeling van partijen – en dus niet op partijbedoelingen die niet uit de tekst blijken.<sup>16</sup>

---

<sup>16</sup> Hoge Raad 17 september 1993, ECLI:NL:HR:1993:ZC1069 (Gerritse/HAS).



## IV Wat zijn de gemaakte afspraken en kan de LHV naleving afdwingen?

### IV.1 Meer tijd voor de patiënt en meer tijd voor de zorgverlener

#### IV.1.1 *Wat wil de LHV?*

In *Met de vuist op tafel* heeft de LHV opgenomen dat Meer Tijd Voor de Patiënt ('**MTVP**') nodig is, zodat zorg voor (kwetsbare) patiënten goed geregeld en geleverd kan worden. Deze tijd moet worden bekostigd en voor alle huisartsen toegankelijk zijn.<sup>17</sup>

#### IV.1.2 *Wat is er afgesproken?*

In het IZA zijn diverse afspraken opgenomen over MTVP, waarbij de vormgeving per praktijk en regio kan verschillen. Afgesproken is dat MTVP in de huisartsenpraktijk de komende jaren verder opgeschaald wordt. Daarvoor zijn diverse afspraken gemaakt tussen LHV, InEen, ZN en VWS. De afspraken komen op hoofdlijnen op het volgende neer:

- a. VWS stelt groei ruimte en gelden beschikbaar zodat partijen voldoende financiële ruimte hebben om structureel voor alle huisartsenpraktijken en in alle regio's MTVP te realiseren.
- b. VWS verhoogt het aantal opleidingsplekken voor huisartsen per 2023, in samenspraak met opleiders en de LHV. In de periode 2023-2025 worden daarnaast het aantal opleidingsplekken voor verpleegkundig specialisten en physician assistants in de huisartsenzorg verhoogd.
- c. Alle zorgverzekeraars bieden MTVP aan in de contractering voor 2023. Zorgverzekeraars kunnen voorwaarden stellen aan het starten met MTVP, deze mogen slechts een minimale horde vormen maar moeten wel zodanig zijn dat de extra middelen ook daadwerkelijk tot extra tijd in de spreekkamer leidt. Als een huisarts of regionale huisartsenorganisatie ('**RHO**') voldoet, dan honoreren zorgverzekeraars de MTVP.
- d. Huisartsen en RHO's die ondersteuning nodig hebben bij de implementatie van MTVP kunnen een beroep doen op externe ondersteuning bij bureaus met aantoonbare ervaring op dit terrein en die bewezen deskundig zijn met de implementatie van MTVP, om in overleg met de zorgverzekeraar tot een goede invulling te komen. Voor deze ondersteuning kan gebruik gemaakt worden van de middelen die voor de eerstelijns- en huisartsenzorg beschikbaar gesteld worden in dit akkoord.
- e. LHV, InEen en ZN leveren eind 2022 een uitgebreide leidraad op, huisartsenpraktijken en regionale huisartsenorganisatie committeren zich aan het implementeren daarvan.
- f. Het doel is structurele bekostiging van MTVP vanaf 2023. Als dat niet lukt, wordt in overleg met partijen in 2024 een 'betekenisvolle' tussenstap gezet in de bekostiging. De huisartsenpraktijken krijgen zo de garantie dat er continuïteit is in de afspraken, zodat zij de benodigde investeringen en verplichtingen voor langere termijn kunnen aangaan.

---

<sup>17</sup> *Met de vuist op tafel: behoud de huisartsenzorg!* LHV 2022, p. 5.

- g. VWS vraagt de NZa om landelijke partijen te ondersteunen bij het in kaart brengen van de ontwikkelingen rondom MTVP en de implementatie van de leidraad gedurende de looptijd van het IZA.<sup>18</sup>

De minister van VWS heeft de afspraken over MTVP tot tweemaal toe nader geconcretiseerd:

*“Elke zorgverzekeraar biedt huisartsen in de contractering voor 2023 ‘meer tijd voor de patiënt’ aan. Voor de landelijke opschaling is structureel geld beschikbaar in het huisartsenkader. (...). Waar nodig krijgen huisartsenpraktijken en -organisaties ondersteuning om dit te realiseren. Het wijzigen van de bekostiging is voor 2023 nog niet mogelijk, daarom zetten we komend jaar in op de ruimte die segment 3 biedt. Ik vraag de NZa te onderzoeken hoe we de bekostiging vanaf 2024 kunnen aanpassen zodat verdere opschaling van MTVP nog eenvoudiger wordt. In uiterlijk vier jaar tijd moet passende tijd voor elke patiënt zijn gerealiseerd. Ik zal er persoonlijk op toezien dat deze beweging door alle zorgverzekeraars wordt gefaciliteerd, zonder overbodige ingewikkelde bureaucratie en verantwoording.”<sup>19</sup>*

#### IV.1.3 Kan de LHV, als zij ondertekent, nakoming van de afspraken afdwingen?

De afspraak dat zorgverzekeraars vanaf 2023 aan alle huisartsen MTVP aanbieden in de contractering (onderdeel c), is een resultaatsverplichting. Bieden zorgverzekeraars geen MTVP aan bij de contractering, dan kan de LHV hen daarop aanspreken.

Het betekent echter niet dat elke huisarts ook direct MTVP met de zorgverzekeraars kan overeenkomen: zorgverzekeraars kunnen er namelijk wel voorwaarden aan verbinden. Die voorwaarden mogen echter niet meer dan een ‘minimale horde’ vormen en moeten nodig zijn om te bewerkstelligen dat de extra middelen leiden tot extra tijd in de spreekkamer (onderdeel c). Ook dit is een resultaatsverplichting waarvan de LHV naleving kan afdwingen. Dat geldt voorts voor de toezegging dat huisartsen, weliswaar in overleg met zorgverzekeraars, ondersteuning kunnen inschakelen bij de implementatie van MTVP door externe bureaus ten laste van de IZA-middelen (onderdeel d).

Uit afspraak a volgt dat VWS met de beschikbaar gestelde groeiruimte en andere gelden voldoende ruimte geeft voor het structureel realiseren van onder meer MTVP. De door VWS beschikbaar gestelde groei voor het kader huisartsenzorg loopt op van 2% in 2023 naar 3,5% in 2026.<sup>20</sup> De ophoging van het kader huisartsenzorg door VWS met de afgesproken percentages kwalificeren wij als een resultaatsverbintenis. Daarbij plaatsen wij twee belangrijke kanttekeningen:

- a. In de eerste plaats leidt een verhoging van het budgettair kader er niet één-op-één toe dat de extra middelen bij huisartsen terecht komen. Het budgettair kader geeft namelijk weer welke kosten de overheid aanvaardbaar acht voor een vorm van gezondheidszorg – zo lang de kosten het kader niet overschrijden, zal de overheid in beginsel geen kortingsmaatregelen nemen. Het kader is dus een maximum. De vaststelling van het kader impliceert niet een verplichting voor zorgverzekeraars om de beschikbare middelen aan

<sup>18</sup> IZA, p. 66-67.

<sup>19</sup> Brief minister VWS aan de LHV en leden van LHV, datum. Zie ook de brief van de minister van VWS aan de LHV, 15 september 2022.

<sup>20</sup> IZA, p. 105.

de betreffende zorgvorm uit te geven. Dat betekent dat het kader evenmin leidt tot een afdwingbare aanspraak van de LHV of van huisartsen op het ontvangen van de middelen in het kader.

- b. In de tweede plaats is in het IZA opgenomen dat halverwege de looptijd een evaluatie zal plaatsvinden door een onafhankelijke partij. Daarbij is de mogelijkheid opengehouden dat aanpassing van de groeirimte tussen IZA-sectoren moet plaatsvinden, waarbij het macrobudget zoals opgenomen in het IZA gelijk blijft. Niet uitgesloten is dus dat de groeirimte voor 2025 en 2026 voor de huisartsen sector dus nog aangepast wordt – dat kan zowel naar boven als naar beneden.<sup>21</sup>

VWS stelt ook andere gelden beschikbaar. Naast de beschikbare kaders zijn voor de partijen die deelnemen aan het IZA ook ‘investeringsmiddelen’ en ‘transformatiemiddelen’ beschikbaar. Bij de transformatiemiddelen gaat het in totaal om een bedrag van € 2,8 miljard. Van deze gelden is 50% geoormerkt. Voor de huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg gaat het om een geoormerkt bedrag van € 160 miljoen in totaal.<sup>22</sup> Het ter beschikking stellen van de geoormerkte gelden voor de huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg geldt als een resultaatsverplichting voor VWS.

Van belang is voorts dat VWS een garantie heeft afgegeven dat de MTVP vanaf 2023 structureel bekostigd zal worden en dat zo nodig een betekenisvolle tussenstap gezet zal worden (afsprake f). Ook deze afspraak kwalificeren wij als een resultaatsverbintenis. Het kabinet besluit bij de voorjaarsbesluitvorming 2023 over de beschikbare middelen specifiek voor MTVP. Voor het extra opleiden is reeds € 12 miljoen beschikbaar.<sup>23</sup>

De afspraak onder b – het verhogen van het aantal opleidingsplaatsen – is eveneens een resultaatsverbintenis. De LHV kan echter niet een bepaald aantal extra opleidingsplaatsen afdwingen, omdat dit nog in samenspraak vastgesteld moet worden.

Met de afspraak onder g is VWS verplicht om de NZa te vragen om de landelijke partijen te ondersteunen bij het in kaart brengen van de ontwikkelingen.

## IV.2 Begrenzen van het aanbod huisartsenzorg

### IV.2.1 *Wat wil de LHV?*

In *Met de vuist op tafel* staat dat huisartsen duidelijk hebben geformuleerd wat het aanbod is dat zij bieden. Dat is hetgeen dat hun takenpakket bepaalt, niet meer en niet minder.<sup>24</sup>

### IV.2.2 *Wat is er afgesproken?*

Uit het IZA volgt dat ‘de cyclus van gepast gebruik’ gehanteerd wordt. Specifiek wordt genoemd dat ‘gelijktijdigheid’ van de bewegingen een aandachtspunt is. Dat betekent dat als zorg verplaatst

---

<sup>21</sup> IZA, p. 28.

<sup>22</sup> IZA, p. 106.

<sup>23</sup> IZA, p. 109 onder 5 sub c.

<sup>24</sup> *Met de vuist op tafel: behoud de huisartsenzorg! LHV 2022, p. 5.*

wordt van bijvoorbeeld het ziekenhuis naar de huisarts, de huisarts daarvoor wel geëquipeerd moet zijn.<sup>25</sup>

Daarnaast komt het Zorginstituut in samenspraak met de veldpartijen per sector met een reguliere agenda voor kennisvragen en implementatievraagstukken in het open pakket (aanspraak: wat) en passende zorg (afspraken: hoe en waar). Bij het uitblijven van voldoende resultaat zullen overheidspartijen op basis van dezelfde criteria onderwerpen van zorg selecteren voor toetsing op de criteria van het basispakket.<sup>26</sup>

#### IV.2.3 *Kan de LHV, als zij ondertekent, nakoming van de afspraken afdwingen?*

Beide afspraken kwalificeren wij als inspanningen die partijen moeten leveren. Gegeven de vaagheid van deze afspraken ligt het naar onze waarneming niet snel voor de hand om – bij het uitblijven van stappen – een nakomingsvordering in te stellen bij de rechtbank.

### IV.3 Anderen moeten hun eigen taken oppakken/gegarandeerde vervolgzorg

#### IV.3.1 *Wat wil de LHV?*

De LHV heeft als doel in *Met de vuist tafel* benoemd dat patiënten de zorg krijgen die nodig is en huisartsen de kwaliteit van hun eigen zorg kunnen garanderen. Daarvoor is gegarandeerde vervolgzorg nodig, zodat de zorg niet stopt bij de huisarts.<sup>27</sup>

#### IV.3.2 *Wat is er afgesproken?*

Een belangrijk onderdeel van het IZA in dat kader is het organiseren van ‘mentale gezondheidscentra’, in samenspraak en afstemming met zorgverzekeraars, huisartsen en gemeenten. De huisarts beoordeelt of voor de patiënt een verkennend gesprek bij het mentale gezondheidscentra van meerwaarde is – de huisarts is niet verplicht hiernaar te verwijzen.

In het verkennend gesprek wordt vanuit verschillende invalshoeken naar de patiënt en zijn zorgvraag gekeken, De ambitie is dat de patiënt door de ggz-professional binnen één week wordt gezien. De huisarts blijft de verwijzer en valt gedurende het verkennende gesprek onder de verantwoordelijkheid van de patiënt.

Als de uitkomst is dat hulp in het sociaal domein nodig is, wordt de patiënt hiernaartoe begeleid en verder weer overgedragen aan de huisarts. Als er ggz-zorg nodig is of een combinatie tussen ggz-zorg en hulp uit het sociaal domein, dan is het streven dat binnen vier weken de behandelverantwoordelijkheid voor de cliënt door de ontvangende instelling wordt overgenomen van de huisarts – ook als daar nog geen intake heeft plaatsgevonden.

De huisarts beoordeelt daarnaast bij de verwijzing welke aanbieders welke wachtlijsten hebben en betrekken dit samen met de patiënt bij de keuze voor de verwijzing. Als de gekozen zorgaanbieder de treeknorm overschrijdt voor intake en behandeling adviseert de huisarts de patiënt om contact

---

<sup>25</sup> IZA, p. 34.

<sup>26</sup> IZA, p. 34-35.

<sup>27</sup> *Met de vuist op tafel: behoud de huisartsenzorg!* LHV 2022, p. 5.

op te nemen met het zorgbemiddelingsloket van de zorgverzekeraar. Na de zorgbemiddeling verwijst de huisarts de patiënt naar de geadviseerde en door de patiënt gekozen zorgaanbieder.

De verwachting is dat inzet van professionals die het verkennend gesprek voeren grotendeels via het ggz-kader en sociaal domein kunnen worden gefinancierd. Daar waar (tijdelijke) financiering/bekostiging via het huisartsenkader nodig is voor snelle implementatie, worden tijdelijke algemene transitie-middelen uit het IZA ingezet tot kan worden aangesloten op de te ontwikkelen domein overstijgende betaaltitel.<sup>28</sup>

#### IV.3.3 *Kan de LHV, als zij ondertekent, nakoming van de afspraken afdwingen?*

Bij deze afspraken valt op dat de taken van de huisartsen – het betrekken van de wachtlijsten bij verwijzingen en het zo nodig doorsturen naar de afdeling zorgbemiddeling van de zorgverzekeraar – duidelijk en ongeclausuleerd zijn geformuleerd, terwijl de versnelde overdracht van patiënten als een streven is geformuleerd. Doordat dit laatste niet als een concrete verplichting is geformuleerd, is het voor de LHV lastig om deze afspraak af te dwingen. Dat kan in de toekomst mogelijk veranderen, nu in 2023 en 2024 het vormgeven van de mentale gezondheidscentra verder uitgewerkt zal moeten worden.<sup>29</sup>

#### IV.4 Avond-, nacht- en weekeindezorg

##### IV.4.1 *Wat wil de LHV?*

De LHV heeft ingezet op een evenredige verdeling van de verantwoordelijkheid tussen alle huisartsen, marktconforme NZa-tarieven met differentiatie naar dag en tijd en toekomstige, sector overstijgende organisatie van de acute zorg.<sup>30</sup>

##### IV.4.2 *Wat is er afgesproken?*

Uit het IZA volgt dat VWS de NZa vraagt om het ANW-tarief voor huisartsen te herijken en te differentiëren, met het streven de nieuwe tarieven per 1 januari 2023 in te voeren.<sup>31</sup> Deze stap is ook al daadwerkelijk gezet.

Toepassing van het nieuwe tarief treedt voor een huisartsendienstenstructuur ('HDS') in werking als er regionaal een adequate verdeling van diensten tussen alle huisartsen is overeengekomen. In lijn met het herijkte honorarium moet zo nodig ook het maximumbudget van de HDS aangepast worden.<sup>32</sup>

Voorwaarde voor akkoord op de tariefsverhoging en – differentiatie door zorgverzekeraars wordt gebaseerd op het door de betreffende HDS aan te leveren implementatieplan en de uitvoering daarvan. Daarbij moet tenminste voldaan zijn aan de volgende landelijke uitgangspunten:

---

<sup>28</sup> IZA, p. 72, 74-78.

<sup>29</sup> IZA, p. 71 onder sub a tot en met d.

<sup>30</sup> *Met de vuist op tafel: behoud de huisartsenzorg!* LHV 2022, p. 5.

<sup>31</sup> IZA, p. 51 en 107 onder sub c.

<sup>32</sup> IZA, p. 51.

- a. sluitende dekking voor alle benodigde diensten,
- b. afspraken over een evenwichtige en solidaire verdeling van diensten over de binnen de regio werkzame huisartsen, rekening houdend met het effect op andere regio's,
- c. tarieven die voor alle dienstdoende artsen in de regio gelijk zijn, waarbij ook wat aan zzp'ers wordt betaald niet hoger is dan het NZa-tarief, en
- d. de HDS moet inzichtelijk maken welke acties het onderneemt om het beroep op de HAP te verminderen, in aanvulling op (landelijke) activiteiten zoals overheids campagnes.<sup>33</sup>

Mogelijk zijn aanpassingen in wet- en regelgeving nodig. Als uit juridische toetsing blijkt dat dit nodig is, onderzoekt VWS de mogelijkheden daartoe. Partijen onderzoeken voorts binnen de ROAZ-en de samenwerking in de ANW-uren tussen SEH's binnen de regio en de tussen SEH's en huisartsenposten.<sup>34</sup>

#### IV.4.3 *Kan de LHV, als zij ondertekent, nakoming van de afspraken afdwingen?*

Discussie kan ontstaan over de vraag of 'ten minste' betekent dat zorgverzekeraars nog andere uitgangspunten als eis mag stellen, voordat de zorgverzekeraar akkoord geeft op de toepassing van het hogere NZa-tarief. Wij lezen het IZA op dit punt zo dat dit niet de bedoeling is geweest van partijen. In zoverre is dan ook sprake van een resultaatsverbintenis.

#### IV.5 Minder controles en minder verantwoordings-eisen

##### IV.5.1 *Wat wil de LHV?*

De LHV heeft in *Met de vuist op tafel* opgenomen dat minder controles en verantwoordings-eisen nodig zijn om de beschikbare tijd vooral voor de patiëntenzorg te reserveren. Daartoe is nodig dat met de beroepsgroep dergelijke eisen worden gereduceerd.<sup>35</sup>

##### IV.5.2 *Wat is er afgesproken?*

In het IZA komt dit onderwerp duidelijk naar voren. Zo is opgenomen dat alle 'regelmakers' in de zorg (VWS, zorgverzekeraars, toezichthouders, werkgevers, branche- en beroepsverenigingen) per direct alle nieuwe regelgeving gaan toetsen aan het uitgangspunt 'zinnig en radicaal simpel'. Zinnig is wat bijdraagt aan betaalbaarheid, toegankelijkheid en kwaliteit van zorg. Radicaal simpel betekent dat voor de professional zo eenvoudig mogelijke oplossingen gekozen worden die bijdragen aan professionele autonomie, vakmanschap en werkplezier. Is het niet zinnig of radicaal simpel, dan moet het terug naar de tekentafel of gebeurt het niet. Ook bestaande regels worden onder de loep genomen.

Nieuwe regels waarvan een 'substantiële negatieve impact op de ervaren regeldruk' wordt verwacht, wordt met een representatief aandeel van zorg- en beleidsprofessionals uit de

---

<sup>33</sup> *Idem.*

<sup>34</sup> *IZA, p. 52.*

<sup>35</sup> *Met de vuist op tafel: behoud de huisartsenzorg! LHV 2022, p. 5.*

betreffende sector in een klankbordgroep besproken. De te verwachten regeldruk wordt naast euro's ook uitgedrukt in aantal potentiële zorguren.

Dit alles moet leiden tot een daling van de tijdsbesteding aan administratieve werkzaamheden in alle sectoren in 2025 met 5% ten opzichte van 2020.<sup>36</sup>

#### IV.5.3 *Kan de LHV, als zij ondertekent, nakoming van de afspraken afdwingen?*

Wij kwalificeren de hiervoor genoemde afspraken als inspanningsverplichtingen. Bij discussies over maatregelen die de administratieve lasten verhogen, kan de LHV een beroep doen op de afspraken uit het IZA. Van een afdwingbare aanspraak op een verlaging van administratieve lasten is naar onze mening geen sprake.

### IV.6 Organisatie en infrastructuur

#### IV.6.1 *Wat wil de LHV?*

De LHV heeft ingezet op het beschikbaar zijn van regionale huisartsenorganisaties om huisartsen te ondersteunen en ontzorgen bij hun praktijkvoering, bijvoorbeeld op het gebied van ICT, gegevensuitwisseling, kwaliteitsbeleid, opvolgings- en huisvestingsproblematiek en arbeidsmarktvragestukken. De LHV ziet voor zich dat deze RHO's ook met andere stakeholders afspraken kunnen maken over de organisatie van de huisartsenzorg.<sup>37</sup>

#### IV.6.2 *Wat is er afgesproken?*

In het IZA is opgenomen dat VWS in het tweede kwartaal van 2023, in overleg met de ACM en NZa, zorgverzekeraars en zorgaanbieders, een verkenning oplevert welke mogelijkheden en noodzaak er is om voor kleinere aanbieders, zoals huisartsen, het gezamenlijk optrekken in het contracteerproces en hoe dit kan worden vereenvoudigd.<sup>38</sup> Daarnaast volgt uit het IZA dat bekostiging van MTVP via de RHO loopt via de O&I afspraken.<sup>39</sup>

Zorgverzekeraars moeten voorts hun contracteerproces verbeteren, onder andere door het vereenvoudigen van inkoopvoorwaarden en een betere bereikbaarheid voor interactie over de inkoop en inkoopprocessen – ook voor kleinere zorgaanbieders. De zorgverzekeraars moeten hiervoor een verbeterplan opstellen.<sup>40</sup>

Andere relevante punten uit het IZA in dit verband is dat samenwerking in de regio wordt bevorderd aan de hand van 'regiobeelden' op zorgkantorregio-niveau. Op basis van het regiobeeld wordt een 'regio-plan' opgesteld. Partijen spreken criteria af voor de op te stellen regiobeelden en regioplannen.<sup>41</sup>

---

<sup>36</sup> IZA, p. 86-87 onder punt 3.

<sup>37</sup> *Met de vuist op tafel: behoud de huisartsenzorg! LHV 2022*, p. 5.

<sup>38</sup> IZA, p. 99, laatste bullet onder 1.

<sup>39</sup> IZA, p. 66, laatste bullet van de pagina.

<sup>40</sup> IZA, p. 99, derde bullet onder 1.

<sup>41</sup> IZA, p. 43-45.

## IV.6.3 Kan de LHV, als zij ondertekent, nakoming van de afspraken afdwingen?

Het opleveren van de hiervoor genoemde verkenning naar gezamenlijk optrekken bij de contractering is weliswaar een verplichting, maar daarmee is niets gezegd over de uitkomst van de verkenning. Er geldt dus verplichting voor VWS om het gezamenlijk optrekken in RHO's met betrekking tot de contractering mogelijk te maken.

Het IZA bevat voorts wel het kader voor het opstellen van regiobeelden en plannen, maar bevat nog weinig concrete afspraken over de inhoud daarvan. In het kader van de naleving is van belang dat de NZa, als zij daartoe verzocht wordt door een partij of als zij dat zelf nodig acht wegens te weinig voortgang, kan toetsen of in bepaalde zorgkantorregio's de regionale zorgpartijen in gezamenlijkheid voor 1 januari 2024 kunnen komen tot regioafspraken die voldoende scherp zijn om de transformatieopgaven voor elkaar te krijgen op basis van de criteria die zijn opgesteld voor de regiobeelden en -plannen.<sup>42</sup>

## IV.7 Herijken bekostiging

### IV.7.1 Wat wil de LHV?

In *Met de vuist op tafel* heeft de LHV opgenomen dat het huidige bekostigingsmodel van de huisartsenzorg te ingewikkeld is en moet worden herijkt op basis van het huidige basisaanbod en huidige kostenniveau. Concreet noemt de LHV vier actiepunten:

- a. veranker MTVP in de bekostiging,
- b. baseer het inschrijf- en consultatief op het basisaanbod huisartsenzorg,
- c. herijking van de tarieven kan niet langer wachten, en
- d. bewezen effectieve (zorg)concepten die inmiddels door de professionals breed omarmd worden, moeten een vaste plek krijgen in de bekostiging en zo beschikbaar komen voor alle huisartsen.<sup>43</sup>

### IV.7.2 Wat is er afgesproken?

In het IZA is afgesproken dat het punt onder a – MTVP – een plek krijgt in de bekostiging. Zie daarvoor paragraaf IV.1 hiervóór.

Het IZA bevat geen afspraken met betrekking tot punt b.

Ten aanzien van punt c is relevant dat in het IZA is opgenomen dat NZa in 2025, na kostenonderzoek, nieuwe tarieven zal opstellen.<sup>44</sup> Voorts is opgenomen dat de OVA (overheidsbijdrage in de arbeidskostenontwikkeling) volledig – en zonder korting – wordt doorvertaald in de prijzen en contracten. Generieke doelmatigheidskortingen op deze middelen zijn daarbij niet aan de orde.

In de lokale onderhandelingen vormt de prijsontwikkeling (op basis van de CPB-ramingen) het vertrekpunt in samenhang met aspecten als productiviteits- en doelmatigheidswinst, effecten van

<sup>42</sup> IZA, p. 45, tweede bullet onder 5.

<sup>43</sup> *Met de vuist op tafel: behoud de huisartsenzorg!* LHV 2022, p. 6.

<sup>44</sup> IZA, p. 107 sub e onder 2.



passende zorg, volumeontwikkeling, historische prijsverschillen, specifieke lokale omstandigheden en de mogelijkheden om hier gezamenlijk verbetering op te boeken.

Partijen motiveren naar elkaar hun voorstellen en maken inzichtelijk hoe elementen als doelmatigheidsverbeteringen, opslagen of in het IZA gecommitteerde volumeontwikkelingen worden gehanteerd.<sup>45</sup>

Ten aanzien van punt d hebben de partijen in het IZA de 'noodzaak' omschreven van het breed uitrollen en implementeren van gebleken effectieve innovaties. Specifiek besteedt het IZA aandacht aan arbeidsbesparende innovaties. Tot en met 2025 wordt in een 'menukaart' de in de praktijk gebleken effectieve werkvormen en innovaties opgenomen. De eerste versie wordt eind 2022 opgeleverd, zodat zorgaanbieders deze innovaties tijdig kunnen betrekken bij de uitwerking van hun transformatieplannen. De menukaart wordt vervolgens ieder half jaar geüpdate door het nog op te richten landelijk kenniscentrum digitale zorg. De transformatiemiddelen via zorgverzekeraars kunnen worden ingezet om deze innovaties breed uit te rollen en te implementeren.<sup>46</sup>

Zoals hiervoor gezegd is een deel van de transformatiemiddelen geormerkt. Daarnaast is een bedrag van € 1,4 miljard beschikbaar voor het realiseren van IZA-doelen en besparingen uit het coalitieakkoord. Daarvoor zijn steeds concrete, tijdelijke transitieplannen nodig, via de inkoop van zorgverzekeraars. VWS werkt met de IZA-partijen aan een nadere uitwerking over de governance en allocatie van de transitiegelden en de daadwerkelijke besteding.<sup>47</sup>

Zorgverzekeraars stellen voorts een leidraad op ten behoeve van het organiseren van meer inhoudelijke congruentie in de inkoop en de bijbehorende voorwaarden, waar het gaat om de inzet van sociale en technologische innovaties als deze bijdraagt aan de maatschappelijke opgave. Daaraan is toegevoegd dat de contractering(svorm) en prijsstelling aan de individuele zorgverzekeraar en zorgaanbieder(s) is.<sup>48</sup>

#### IV.7.3 *Kan de LHV, als zij ondertekent, nakoming van de afspraken afdwingen?*

Voor punt a verwijzen wij naar paragraaf IV.1 hiervóór.

Voor punt c geldt dat wij de afspraken met betrekking tot het volledig vertalen van de OVA in de prijzen en contracten en de motiveringsplicht met betrekking tot de geboden tarieven kwalificeren als resultaatsverbintenissen. Bij het uitblijven van deze afspraken, kan het de LHV dus de zorgverzekeraar aanspreken op niet-nakoming.

Punt d kwalificeren wij niet als een resultaatsverbintenis. De afspraken laten veel ruimte voor zorgverzekeraars om zelf te bepalen of zij (transformatie)middelen ter beschikking stellen voor het uit rollen en implementeren van bepaalde innovaties. Het IZA bevat daartoe geen afdwingbare verplichting.

---

<sup>45</sup> IZA, p. 104.

<sup>46</sup> IZA, p. 88 onder punt 5 aanhef en onder a.

<sup>47</sup> IZA, p. 109 onder 5 sub a.

<sup>48</sup> IZA, p. 88, onder punt 5 sub f.

## IV.8 Digitalisering

### IV.8.1 *Wat wil de LHV?*

De LHV wil graag dat gegevensuitwisseling tussen zorgverleners zorgbreed mogelijk gemaakt wordt en dat ICT-systemen zo werken dat continue beschikbaarheid van gegevens en de digitale ondersteuning van de samenwerking met en rond de patiënt gegarandeerd is.

De LHV wil ook dat de huisartsenpraktijken geholpen worden met de digitalisering in de vorm van techniek en implementatie. Daarvoor is nodig dat de overheid flink investeert in techniek en slimmere ondersteuning.

De laatste wens van de LHV uit *Met de vuist op tafel* was om thuisarts.nl verder uit te bereiden en te professionaliseren.<sup>49</sup>

### IV.8.2 *Wat is er afgesproken?*

De wensen van de LHV zoals geformuleerd in *Met de vuist op tafel* komen in grote mate terug in het IZA.

In het IZA is opgenomen dat zorgdata landelijk en sector overschrijdend uitwisselen, de nieuwe standaard is.<sup>50</sup> In 2025 moeten alle kerngegevens binnen 24 uur na registratie beschikbaar zijn voor elke zorgverlener met een behandelrelatie, ongeacht het tijdstip en de plek waarop de patiënt geholpen moet worden. Het gaat dan om de EU-patiëntensamenvatting, labuitslagen, beelden, verslagen en (verpleegkundige) zorgplannen die nodig zijn voor het verlenen van netwerkzorg. Er is daarbij sprake van eenheid van taal: de gehanteerde kerngegevens betekenen in alle sectoren hetzelfde.<sup>51</sup> VWS neemt daarbij de regie om een landelijk dekkend netwerk van ICT-infrastructuren en -systemen te bewerkstelligen, door middel van een nationale visie en strategie.<sup>52</sup> Ook maakt VWS samen met sector(en) en leveranciers afspraken over standaarden voor taal en techniek.<sup>53</sup>

Ook is afgesproken in het IZA dat de inzet van hybridezorg in 2026 leidt tot aantoonbaar anders werken en het verlagen van de werkdruk van de zorgverleners met toegankelijkheids- en kwaliteitsbehoud.<sup>54</sup>

Bij het coalitieakkoord zijn aparte 'enveloppen' beschikbaar gesteld, waaronder € 1 miljard voor standaardisatie van gegevensuitwisseling in de periode 2023-2026.<sup>55</sup> In het IZA is voorts te lezen dat besluitvorming over deze middelen voor gegevensuitwisseling plaats vindt bij de voorjaarsbesluitvorming 2023. Om een aantal projecten omtrent gegevensuitwisseling in de

<sup>49</sup> *Met de vuist op tafel: behoud de huisartsenzorg!* LHV 2022, p. 6.

<sup>50</sup> IZA, p. 15 onder 3.7.

<sup>51</sup> IZA, p. 92 onder 1 a en b.

<sup>52</sup> IZA, p. 92 aanhef bij 1 en p. 93 onder 2A sub a en b.

<sup>53</sup> IZA, p. 93 aanhef bij 2B.

<sup>54</sup> *Idem*, onder 3 sub a en p. 15 onder 3.7.

<sup>55</sup> IZA, p. 17 onder 4.1. sub d onder iii en p. 105 onder 1 sub d onder 3.

huisartsenzorg niet stil te laten in het eerste halfjaar van 2023, stelt VWS incidentele middelen van € 3 miljoen beschikbaar voor 2023.<sup>56</sup>

VWS stelt voorts in 2023-2024 middelen beschikbaar voor een vervolg van het programma Met Spoed Beschikbaar met het oog op de verdere implementatie van de Richtlijn Gegevensuitwisseling huisarts – huisartsenpost – ambulancedienst – afdeling spoedeisende hulp. De resultaten van de hiervoor bedoelde richtlijn zal VWS op de meerjarenagenda van bij het wetsvoorstel Wegiz plaatsen, waarna VWS zal onderzoeken of de gegevensuitwisseling verplicht wordt. Een voorstel met betrekking het zonder toestemming uitwisselen van patiëntengegevens in het geval van acute zorg wordt voorbereid en zal rond de zomer van 2023 worden ingediend bij het parlement.<sup>57</sup>

Tot slot staat in het IZA dat de ‘inzet VWS’ is dat de (door)ontwikkeling van digitale (zelf)hulpmiddelen – zoals thuisarts.nl – voor 50% wordt gefinancierd uit de envelop passende zorg en de resterende 50% uit de (sectorale) transformatiemiddelen.

#### IV.8.3 *Kan de LHV, als zij ondertekent, nakoming van de afspraken afdwingen?*

Deze afspraken met betrekking tot het realiseren van een landelijk dekkend netwerk van ICT-infrastructuren en systemen en de inzet van hybridezorg kwalificeren wij als inspanningsverbintenissen.

Gegeven de formulering in het IZA kan de LHV niet afdwingen hoe de envelop van € 1 miljard besteed moet worden. De LHV kan wel afdwingen dat VWS daadwerkelijk € 3 miljoen beschikbaar stelt voor 2023, maar dan weer niet voor welke projecten – het IZA zegt daar niets over.

Ons is niet geheel duidelijk hoe deze ‘inzet’ van VWS te lezen. Het kan namelijk opgevat worden als een inspanning die VWS moet leveren, maar ook als toezegging hoe VWS bepaalde middelen gaat inzetten. Het eerste is te kwalificeren als een inspanningsverbintenis, de tweede als een resultaatverbintenis.

## IV.9 Huisvesting

### IV.9.1 *Wat wil de LHV?*

In de eerste plaats heeft de LHV in *Met de vuist op tafel* als wens opgenomen dat de sterk uiteenlopende huisvestingskosten per gemeente op een gedifferentieerde wijze vergoed moeten worden.

In de tweede plaats heeft de LHV in *Met de vuist op tafel* als wens opgenomen dat gemeenten voldoende ruimte voor huisartsenpraktijken moeten opnemen in hun bestemmingsplannen.<sup>58</sup>

### IV.9.2 *Wat is er afgesproken?*

---

<sup>56</sup> IZA, p. 107 onder 2 sub g en p. 109 onder 5 sub e.

<sup>57</sup> IZA, p. 54 7 onder b.

<sup>58</sup> *Met de vuist op tafel: behoud de huisartsenzorg!* LHV 2022, p. 6.

Ten aanzien van de eerste wens bevat het IZA geen afspraken. Overeengekomen is namelijk dat de NZa in 2025 nieuwe tarieven zal vaststellen, waarin ook huisvestingskosten zijn opgenomen. Individuele verzekeraars en aanbieders kunnen wel maatwerkafspraken maken voor 2023/2024.<sup>59</sup>

Ten aanzien van de tweede wens is de uiteindelijke afspraak in het IZA minder concreet. De LHV moet namelijk met de gemeenten, maar ook met InEen, ZN en VWS komen tot werkbare afspraken en een handreiking opstellen over het oplossen van huisvestingsproblematiek van huisartsenpraktijken en gezondheidscentra waar betaalbare huisvesting niet beschikbaar is, de bestaande huisvesting inadequaat is of nieuw voorzieningen nodig zijn om de visie op de eerste lijn te realiseren.<sup>60</sup>

#### *IV.9.3 Kan de LHV, als zij ondertekent, nakoming van de afspraken afdwingen?*

Op basis van de gemaakte afspraken kan de LHV niet afdwingen dat per 2025 de huisvestingskosten op gedifferentieerde wijze moeten zijn opgenomen in het tarief, maar wel dat deze nieuwe tarieven een component huisvesting moeten bevatten. De LHV kan voorts niet afdwingen dat zorgverzekeraars in 2023/2024 maatwerk moeten toepassen, dat is namelijk geformuleerd als een bevoegdheid van de zorgverzekeraars en niet als een verplichting.

Ten aanzien van de tweede afspraak geldt dat deze partijen zich hiervoor 'inspannen'. Het gaat het dus om een inspanningsverbintenis. Dat betekent dat als partijen hun best moeten doen om deze doelen te behalen, maar het niet behalen van dit doel geen tekortkoming oplevert van het IZA.

De LHV kan de hiervoor genoemde partijen dus alleen aanspreken op hun inzet om te komen tot de werkbare afspraken en handreiking. Zet een partij zich niet in, dan kan de LHV in het uiterste geval via de rechter afdwingen dat de betreffende partij als nog mee werkt. De LHV moet dan wel kunnen aantonen dat de partij zich onvoldoende heeft ingespannen. Andere escalatiemogelijkheden vormen het bestuurlijk overleg dat elk kwartaal plaatsvindt dan wel inmenging van VWS.

---

<sup>59</sup> IZA, p. 107 onder 2 sub e.

<sup>60</sup> IZA, p. 68 onder 3 sub c.

**V Gevolgen van niet-tekenen**

Wat zijn de consequenties als de LHV het IZA niet ondertekent?

In beginsel is het gevolg van niet-tekenen dat de LHV de hiervoor besproken contractuele afspraken uit het IZA niet kan afdwingen. Denk bijvoorbeeld aan de verplichting om aan elke huisarts MTVP in de contractering aan te bieden of het volledig vertalen van de OVA in de tarieven en contractering.

De LHV kan dan voorts geen aanspraak maken op de investerings- en transitie-middelen (zowel de geormerkte als de niet-geormerkte middelen). Deze zijn immers expliciet bedoeld voor de partijen 'die meedoen' met het IZA.

Het IZA bevat ook een aantal 'afspraken' waarbij de LHV echter steeds, ongeacht of zij tekent of niet, tegen de uitvoering daarvan kan opkomen. Een voorbeeld is de afspraak dat de NZa in 2025 nieuwe (maximum)tarieven voor huisartsenzorg publiceert. Op het moment dat de NZa nieuwe tarieven vaststelt kan de LHV als zij dat wenst daar tegen bezwaar maken. Dat staat los van de vraag of de LHV partij is bij het IZA of niet.

Anderzijds bevat het IZA afspraken die VWS of zorgverzekeraars ook op een andere wijze kunnen bereiken – denk aan het opnemen van voorwaarden in de contractering bij huisartsen met betrekking tot de doorverwijzing naar GGZ.

Uiteraard is het denkbaar dat de partijen die het IZA getekend hebben, doorgaan met de uitvoering (van onderdelen) van het IZA. In dat scenario is het mogelijk dat de LHV toch profiteert van bepaalde afspraken, zonder dat zij zelf gebonden is aan het IZA. Denk bijvoorbeeld aan de toegezegde middelen door VWS voor hulpmiddelen zoals thuisarts.nl – het doel daarvan is immers om met dergelijke hulpmiddelen onnodige beroepen op de eerstelijns zorg te voorkomen, waar naast de huisartsen ook VWS baat bij heeft.

Tot slot signaleren wij dat als de inspanningen van partijen om de LHV aan boord te krijgen zonder effect blijken, dat in de toekomst mogelijk kan leiden tot een verzwakking van de onderhandelingspositie van de LHV. Een inschatting van de mate van waarschijnlijkheid daarvan valt buiten de reikwijdte van dit juridische advies.

## VI Mogelijke risico's van het IZA

### VI.1 Inleiding

In deze paragraaf worden enkele mogelijke risico's van ondertekening van het IZA besproken. De mogelijke risico's zijn ontleend aan een juridisch advies dat is uitgebracht aan De Bevrogen Huisartsen.

### VI.2 Overheveling budgetten

Het eerste risico dat in het advies aan De Bevrogen Huisartsen besproken wordt is overhevelen van het budget van de huisartsensector naar andere sectoren. De 'huidige regeling' wordt daarbij gekwalificeerd als een onverantwoord risico voor de huisartsen. Voor zover met de 'huidige regeling' bedoeld wordt op het IZA – dat vinden wij niet helemaal duidelijk – delen wij deze analyse niet.

Alvorens het IZA nader te duiden, staan we stil bij wat de uitgangspositie is voor huisartsen op basis van de wet- en regelgeving. Vanaf 1 januari 2023 zijn daarvoor van belang de Regeling macrobeheersinstrument huisartsenzorg 2023 ('**de Regeling**') en de Beleidsregel macrobeheersinstrument huisartsenzorg 2023 (hierna: '**de Beleidsregel**').

De gerealiseerde omzet voor huisartsenzorg wordt voorafgaand aan ieder jaar aan een jaarlijks maximum gebonden. Als (achteraf) blijkt dat dit maximum is overschreden, kan de Nederlandse Zorgautoriteit ('**NZa**') op aanwijzing van de minister het zogenoemde macrobeheersinstrument uitvoeren. Zorgaanbieders die onder de Beleidsregel vallen moeten in dat geval hun aandeel in de overschrijding terug storten in het Zorgverzekeringsfonds. De NZa zal dit aandeel vaststellen aan de hand van het aandeel van de omzet van de individuele zorgaanbieder in het totaal van de omzet van alle zorgaanbieders die onder het macrobeheersinstrument vallen.<sup>61</sup>

Een andere mogelijkheid is dat de NZa, op aanwijzing van de minister, de tarieven voor huisartsenzorg voor latere jaren verlaagt om een overschrijding van het macrokader te 'redresseren'. Dergelijke kortingen heeft de NZa in het verleden aan huisartsen opgelegd.<sup>62</sup>

In het IZA is opgenomen dat het macrokader voor de Zvw wordt doorvertaald in een beschikbaar financieel kader per sector.<sup>63</sup> Dit is dus niet nieuw, maar vormt een beschrijving van de huidige wet- en regelgeving. In het IZA voorts is opgenomen hoeveel volumegroei er per sector mogelijk is. Voor de huisartsenzorg is dat 2% in 2023 oplopend naar 3,5% in 2026.

Onder het kopje 'Macrobeheersing en omgang met overschrijdingen' en het subkopje 'algemeen' in het IZA staat dat als onverhoopt financiële kaders van een individuele sector worden overschreden, betrokken partijen in overleg treden en in gesprek gaan over de aard en oorzaak van de overschrijding. Bij een eventuele overschrijding wordt ook gezien of er op totaalniveau sprake is van een overschrijding van het macrokader IZA. Als een individuele sector wel tot een overschrijding is gekomen, maar het totale macrokader zoals dat opgenomen in het IZA is niet overschreden is kan dat reden zijn om maatregelen niet in te zetten. Zo gezien voegt het IZA een

---

<sup>61</sup> Toelichting bij de Regeling.

<sup>62</sup> Zie bijv. CBB 21 mei 2015, ECLI:NL:CBB:2015:140.

<sup>63</sup> IZA, par. 4.1.1 onder a (p. 17).

extra drempel toe voordat de ‘nucleaire maatregel’ van het macrobeheersinstrument om de hoek komt kijken.<sup>64</sup>

Vervolgens staat in het IZA *“Partijen kunnen in overleg treden over kader- of tariefkortingen. VWS kan maatregelen nemen om de overschrijding te redresseren waaronder via inzet van het macrobeheersinstrument.”* Wij lezen hierin niet dat overschrijdingen in één individuele sector, ook op andere sectoren via het macrobeheersinstrument verhaald kunnen worden. Wij lezen deze bepaling zo dat bij een overschrijding in een individuele sector, opgevangen kunnen worden door inzet van het macrobeheersinstrument. Dat is lijn met de huidige regelgeving alsmede de Regeling en Beleidsregel voor 2023.

Wel is het zo dat uit het IZA volgt dat halverwege de looptijd een evaluatie zal plaatsvinden door een onafhankelijke partij. Daarbij wordt de mogelijkheid opengehouden dat aanpassing van groeiruimte tussen IZA-sectoren moet plaatsvinden, waarbij het macrobudget zoals opgenomen in het IZA gelijk blijft. Niet uitgesloten is dus dat de groeiruimte voor 2025 en 2026 per individuele sector dus nog aangepast kunnen worden – zowel naar boven als naar beneden.

Naar onze mening is deze afspraak niet een verslechtering ten opzichte van de situatie dat er geen IZA was geweest. In dat geval had de minister immers het macrokader zelfstandig vastgesteld, zonder daarover een afspraak te maken met organisaties van zorgaanbieders. De minister had in dat geval ook de bevoegdheid gehad de macrokaders voor toekomstige jaren aan te passen op basis van nieuwe inzichten, tenzij hij bij zorgaanbieders het vertrouwen had gewekt dat deze kaders ongewijzigd zouden blijven.<sup>65</sup>

### VI.3 Omkering bewijslast?

Het tweede risico dat wordt gesignaleerd is dat er sprake is van een omkering van de bewijslast, doordat partijen moeten laten zien dat zij zich ‘maximaal’ inspannen. Deze mate van inspanning wordt gekwalificeerd als een onmogelijke bewijslast.

De volgende passage uit het IZA is daarbij relevant:

*“De bewijslast over de inspanningen om de inhoudelijke doelen en besparingen te realiseren ligt bij de betreffende partijen: aanbieders, verzekeraars en uiteraard ook VWS. Mochten de afspraken het uit het IZA aantoonbaar niet leiden tot de beoogde besparingen, dan neemt VWS het initiatief voor overleg en besluitvorming over aanvullende besparingsvoorstellen. Hierbij wordt een onafhankelijke partij betrokken. Randvoorwaarde bij deze afspraak is dat alle partijen commitment uitspreken en maximale inspanning leveren om uitvoering te geven aan de beoogde transformatie uit te voeren en bij te dragen aan de IZA doelen. Over de precieze vormgeving van de evaluatie zullen partijen nadere afspraken maken en vastleggen in het bestuurlijk overleg IZA.”*

<sup>64</sup> Daarbij merken wij op dat het macrobeheersinstrument nog nooit is ingezet. De toepassing van het instrument zal hoe dan ook tot juridische discussie leiden. Zie hierover Van der Geest, Rijken, Schut en Varkevisser, ‘Beleidsopties voor het stimuleren van gunstige zorgcontracten onder de restrictie van een macrobudget’, iBMG en AKD 2017, in het bijzonder par. 4.1.2.

<sup>65</sup> De rechter toetst de vaststelling van het budgettaire kader uiterst terughoudend. In een procedure over een tariefkorting bij medisch specialisten heeft het CbB geoordeeld dat het kader ‘als gegeven moet worden aanvaard’. CbB 13 juni 2011, ECLI:NL:CBB:2011:BR1384, r.o. 6.1.4.

Het uitgangspunt is dat de partij die stelt dat er sprake is van een tekortkoming in de nakoming van een verbintenis – zoals het niet naleven van een inspanningsverplichting – stelt en zo nodig bewijst dat er sprake is van een niet-nakoming. In het IZA wordt deze bewijslast in zoverre omgekeerd dat de inspannende partij moet aantonen dat voldoende inspanningen zijn geleverd om de inhoudelijke doelen en besparingen te realiseren.

Gegevens over welke inspanningen zijn geleverd zullen in beginsel gegevens zijn die zich in het domein bevinden van de desbetreffende partij die de inspanning geleverd. In zulke gevallen rust op deze partijen veelal een verzwaarde motiveringsplicht. Wij vinden deze formulering in het IZA dan ook geen onoverkomelijke bepaling.

Op een aantal plekken spreekt het IZA over ‘maximaal’ inzetten of inspannen. Het gevraagde commitment zien wij niet als een onmogelijke bewijslast. Niet gedefinieerd is wat onder een ‘maximale’ inspanning wordt verstaan. Het is dan ook maar de vraag in hoeverre een ‘maximale’ inspanning afwijkt van een reguliere inspanningsverplichting – wij zien daarvoor geen aanknopingspunten in de tekst van het IZA.

#### VI.4 Huisarts aansprakelijk voor terugdringen ggz?

De rechtspositie wordt in het advies aan De Bevlogen Huisartsen als (heel) slecht aangemerkt, doordat de gewenste werkzaamheden van huisartsen bij de poortwachtersfunctie naar de ggz extra werk zou geven, het risico op klachten van patiënten verhoogt en een verhoogd aansprakelijkheidsrisico geven gelet op het steeds strenger wordende tuchtrecht. Tot slot wordt opgemerkt dat de huisarts ook ‘contractueel aansprakelijk [is] voor de verplichting om de instroom te reduceren op grond van het IZA’.

Onze beoordeling van dit onderdeel van het IZA is genuanceerd. Vooraf wijzen we er daarbij op dat individuele huisartsen niet rechtstreeks aan het IZA zijn gebonden (zie hoofdstuk V hiervóór).

De afspraken kennen aan de huisartsen nieuwe taken toe bij de verwijzing naar de geestelijke gezondheidszorg. De huisarts moet bij een verwijzing namelijk beoordelen welke aanbieders welke wachtlijsten hebben. Als de gekozen aanbieder een te lange wachtlijst heeft, adviseert de huisarts de patiënt contact te zoeken met het zorgbemiddelingsloket van diens zorgverzekeraar. Als uit die bemiddeling volgt dat de patiënt naar een andere zorgaanbieder gaat, moet de huisarts de verwijzing aanpassen.<sup>66</sup>

Hier staat echter tegenover dat het IZA beoogt dat de verantwoordelijkheid voor een verwezen patiënt sneller dan nu overgaat van de huisarts naar een aanbieder van geestelijke gezondheidszorg. Het streven is dat deze verantwoordelijkheid binnen vier weken overgaat, terwijl op dit moment de huisarts verantwoordelijk blijft totdat de patiënt daadwerkelijk door een ggz-aanbieder in behandeling is genomen.

Aan deze afspraken valt op dat de nieuwe taken van de huisarts duidelijk en ongeclausuleerd zijn geformuleerd, terwijl de versnelde overname van de verantwoordelijkheid voor wachtende patiënten – die naar onze mening een vermindering van de verantwoordelijkheden en werklast van huisartsen kan betekenen – niet als concrete verplichting maar als een ‘streven’ is geformuleerd. In zoverre lijkt het IZA inderdaad niet in evenwicht te zijn.

---

<sup>66</sup> IZA, p. 76.



## VI.5 Onduidelijke geschilbeslechting?

Het vierde risico dat in het advies aan de Bevlogen Huisartsen wordt geadresseerd is de onduidelijke geschilbeslechting. Als aanbeveling wordt opgenomen dat er een geschillenregeling opgenomen moet worden – de rechter – zodat altijd een onafhankelijke derde over een ontstaan geschil kan oordelen.

In het IZA is opgenomen dat er elk kwartaal een bestuurlijk overleg IZA zal worden georganiseerd. Dat is ook het forum voor partijen om elkaar aan te spreken en knelpunten op te lossen. Daarnaast kunnen verschillen van inzicht onder leiding van VWS en samen met de relevante toezichthouders besproken worden. Zo nodig wordt een bestuurlijk overleg met de verantwoordelijke bewindspersoon van VWS georganiseerd. Kanttekening bij deze escalatiemethoden is dat de escalatieladder niet heel duidelijk is en ze alleen de contractspartijen ter beschikking staan en niet bijvoorbeeld de individuele huisartsen.

Wij delen echter niet de analyse dat met de hiervoor besproken formulering een gang naar de rechter uitgesloten is. Wel brengt het mee dat een partij zich eerst zal moeten inspannen om een geschil eerst op de bestuurlijke weg op te lossen. Leidt dat niet tot een oplossing, dan kan het geschil aan de burgerlijke rechter worden voorgelegd. Dat volgt ook nadrukkelijk uit de Vaststellingsregeling:

*“In een conventant neergelegde rechten en verplichtingen zijn bindend en, wanneer daaromtrent niets is geregeld, (in rechte) afdwingbaar.”*

En:

*“Het is niet nodig om bij een gewoon beroep op de rechter daarover een bepaling op te nemen in het conventant.”<sup>67</sup>*

## VII Slot

Wij hopen dat dit advies de vragen van de LHV beantwoordt. Uiteraard zijn wij graag bereid om over dit advies te overleggen en de LHV verder te assisteren.

AKD

---

<sup>67</sup> Vaststellingsregeling, toelichting bij artikel 16 lid 1 en 2.